

L'année scolaire passée, votre enfant était-il dans une autre école ? Si oui, précisez
OUI / NON en PRIM / MAT.
 Résultats :%: TB - Réussite - Difficile - Doit doubler.
INFORMATION OBLIGATOIRE : Nom et adresse précise de cette école :

Tél. de cette école : Nom de la Direction :
 En quelle année et dans quelle école, votre enfant est-il rentré en 1^{ère} primaire
 L'enfant a-t-il dû recommencer sa 3^{ème} maternelle : **OUI / NON**
 Adresse complète de cette école :

Ecoles précédentes :	
Années	Ecole
2022-2023	
2021-2022	
2020-2021	
2019-2020	
2018-2019	
2017-2018	

Au niveau médical : **MEDECIN TRAITANT**

Nom :
 Adresse :
 Tél. / GSM :

En cas de petit bobo que peut-on donner ?

- Perdolan sirop
- Dafalgan junior
- Nux vomica granule
- Arnica granule
- Hirudoid crème
- Homéoplasmine crème
- Arnica crème
- Eucéta crème

1. A des médicaments ? Lesquels ?
 L'enfant est-il **ALLERGIQUE** ?

 2. A des aliments ou d'autres produits ? Lesquels ?

Trouble de l'apprentissage : OUI - NON, si OUI lequel ?
 Dyslexie - Dyscalculie - Dysgraphie - Dysorthographe - Dyspraxie - Dysphasie
 TDA avec ou sans Hyperactivité - HP - suivi logopédique par
 De/20 A/20..... - autre :

J'autorise la direction et la présidente de l'Association Des Parents à diffuser sur le site internet de l'école et de l'ADP des photos de mon enfant dans le cadre des activités scolaires. **OUI / NON**
 L'enfant est-il droitier - gaucher
 Il doit porter des lunettes :
OUI / NON / TOUJOURS / RIEN QU'EN CLASSE

ENGAGEMENTS

1. Nous reconnaissons avoir reçu copie des Projets Educatif, Pédagogique et d'Etablissement de l'Ecole, des règlements d'Ordre Intérieur et des Etudes, des tarifs et modalités de paiement des services de l'école **ET NOUS NOUS ENGAGEONS A LES RESPECTER.**
2. Nous certifions **SUR L'HONNEUR** que toutes les informations de ce document sont exactes et complètes.
3. Nous nous engageons à signaler à l'école, dans les plus brefs délais et **PAR ECRIT** toute(s) modification(s) survenant en cours d'année (Attention aux n° de GS/M).
4. Au cas où nous ne pourrions pas être contactés, nous laissons le soin au médecin et/ou à l'école de prendre toute(s) décision(s) que nécessiterait l'état de santé et/ou la sécurité de notre enfant étant entendu que nous serons avertis le plus rapidement possible.
5. Cette inscription se fait avec l'accord mutuel des personnes investies de l'autorité parentale.

Date : Signature du (des) parent(s) :